

**OŚWIADCZENIE STUDENTA**

Ja, niżej podpisana/-ny ………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko studenta)*

student Wydziału ……………………………………………………………….Uniwersytetu

*(nazwa wydziału)*

Medycznego w Łodzi - kierunek ……………………………………………………………….

*(nazwa kierunku)*

informuję, że:

1. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie przez Uczelnię mojego wizerunku, polegające na umieszczeniu swojego zdjęcia wśród danych na identyfikatorze noszonym podczas zajęć dydaktycznych i praktyk studenckich odbywanych w jednostkach Uczelni, oraz na materiałach promocyjnych, folderach i tablicach informacyjnych. Oświadczam, że zostałam/-łem poinformowana/-ny o tym, że wyrażenie przeze mnie zgody na wykorzystywanie przez Uczelnię wizerunku jest dobrowolne oraz, że istnieje możliwość odwołania zgody w każdym czasie.

…………………………………………….

(data i czytelny podpis studenta)

1. Wyrażam zgodę na otrzymanie i noszenie identyfikatora podczas zajęć dydaktycznych i praktyk studenckich odbywanych w jednostkach Uczelni, który zawiera następujące dane:
* imię i nazwisko studenta
* aktualne zdjęcie
* nazwa wydziału
* nazwa kierunku
* adres strony internetowej wydziału

…………………………………………….

(data i czytelny podpis studenta)

Niniejsze oświadczenie otrzymuje:

Dziekanat właściwy ze względu na nazwę Wydziału